

부모/보호자 설문지

아동/청소년 약물 및 알코올 사용 (부모/보호자가 작성해야 함)

작성일: _____

부모/보호자 성명: _____ 아동과의 관계: _____

담배도 약물로 간주하십시오.

1. 알코올이나 약물 사용에 대해 자녀와 대화를 나눈 적이 있습니까? 예 아니오
2. 자녀가 알코올이나 약물을 사용하고 있다는 의심을 한 적이 있습니까? 예 아니오
3. 알코올이나 약물 사용의 기미를 알아채실 수 있으십니까? 예 아니오
4. 자녀가 알코올이나 약물(담배 포함)을 사용하거나 사용 후의 상태(예컨대, 환각 상태)에 있는 것을 발견하신 적이 있습니까? 예 아니오
5. 자녀가 알코올이나 약물을 사용하기 위해 학교에서 나간 적이 있습니까? 예 아니오
6. 자녀가 알코올이나 약물을 사용하는 친구들과 어울립니까? 예 아니오
7. 자녀가 전화도 하지 않고 밖에서 밤을 보낸 적이 있습니까? 예 아니오
8. 자녀가 허락없이 수업을 빠지거나 며칠 동안 학교에 가지 않은 적이 있습니까? 예 아니오
9. 자녀가 알코올이나 약물에 대해 언급하거나 농담을 합니까? 예 아니오
10. 자녀가 알코올이나 약물 사용을 의미하는 로고가 새긴 티셔츠나 다른 옷을 입습니까? 예 아니오
11. 자녀의 학교 성적이 요 근래에 안 좋아졌습니까? 예 아니오
12. 최근에 자녀의 몸무게나 식습관에 변화가 있었습니까? 예 아니오
13. 자녀가 최근 들어 더 신경질적이고 우울해하거나 내성적이 되었습니까? 예 아니오
14. 자녀가 사용한 약물이 무엇입니까?
15. 자녀가 가장 자주 사용하는 약물/알코올이 무엇입니까? (하나씩 기재하신 다음, 각각 얼마나 자주 사용하는지를 기재하십시오.)
16. 자녀가 알코올 및/또는 기타 약물 문제가 있다고 생각해 보신 적이 있습니까? 생각해 보신 경우는 왜인지, 생각해 본 적이 없는 경우는 왜 아닌지 설명해 주십시오.

이 정보는 대외비이며, 복지 시설법, 민법, HIPAA 개인정보표준을 포함하되 그에 국한되지 않는 주와 연방 법규 및 규정에 의거해 제공됩니다. 법에 의해 허용되지 않는 한, 관련된 환자/승인된 대표자의 서면 승인 없이 추가 공개를 위해 이 정보를 복제하는 것은 금지됩니다.

Name:

MIS #:

Agency:

Prov.#:

Los Angeles County - Department of Mental Health

PARENT/CAREGIVER QUESTIONNAIRE

부모/보호자 설문지